

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

potwierdzające spełnienie kryteriów projektowych Kandydata/ki do uczestniczenia w projekcie pt. „Pomocny sąsiad” - rozwój środowiskowych form pomocy w gminie Świlcza

Imię i nazwisko pacjenta/ki:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Niniejszym stwierdzam, że pacjent/ka jest osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, m.in.: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie i rozbieranie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych (niniejsze wskazanie nie jest katalogiem zamkniętym i pacjent/ka może wymagać opieki lub wsparcia w związku z niemożnością wykonywania innej czynności).

(miejsowość i data)

(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)